

200.2014.476.AI

CHA/BEJ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 16 novembre 2015

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
A. de Chambrier, greffier



A. _____

représentée par Me B. _____

recourante

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 28 avril 2014

En fait:

A.

A. _____, née en 1955, mariée, mère de deux enfants majeurs, sans formation professionnelle, est arrivée en Suisse en août 1999 et y a occupé divers emplois dans la restauration et le nettoyage, entrecoupés de périodes de chômage. En dernier lieu, elle a travaillé à plein temps depuis le 1^{er} juillet 2007 comme aide de cuisine dans un restaurant. En parallèle, elle effectuait à temps partiel, à raison de 26 à 28 heures mensuelles, des travaux de nettoyage pour un autre employeur depuis le 1^{er} juin 2006. Le 19 juillet 2011, l'assurée, selon ses propres déclarations, a glissé (probablement sur des feuilles), est tombée et s'est blessée à l'épaule droite, laquelle a été opérée à deux reprises, le 21 novembre 2011 et le 14 janvier 2013. L'assurée a présenté une incapacité de travail attestée médicalement de 50% dès le 10 août 2011, puis de 100% dès le 21 novembre 2011. Le 25 mai 2012, l'employeur, qui l'avait engagée comme aide de cuisine, a résilié le contrat de travail pour le 31 juillet 2012 en invoquant des motifs d'organisation.

B.

Le 24 avril 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI; datée du 23 avril 2011), en invoquant des problèmes au bras droit existant depuis le 19 juillet 2011. L'Office AI Berne a procédé à diverses mesures d'instruction, notamment auprès de l'assureur-accidents qui a pris en charge l'évènement du 19 juillet 2011. Par communication du 14 septembre 2012, l'Office AI Berne a informé l'assurée que, selon lui, aucune mesure de réinsertion n'était actuellement possible et le droit à une rente allait être examiné. A l'instigation du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), l'Office AI Berne a requis une expertise bidisciplinaire, orthopédique et psychiatrique, qu'il a confiée à deux spécialistes, l'un FMH en orthopédie et l'autre en psychiatrie et psychothérapie (C. _____ et D. _____) du centre d'expertise E. _____. Le rapport d'expertise a été rendu le 10 janvier

2014. Le 31 janvier 2014, l'Office AI Berne a reçu de l'assureur-accidents une expertise du 23 décembre 2013, réalisée par un spécialiste FMH en chirurgie.

Par préorientation du 13 février 2014, l'Office AI Berne a informé l'assurée, qu'il envisageait de rejeter sa demande de rente, en retenant un degré d'invalidité de 9%. En dépit des objections formulées par l'intéressée, par l'intermédiaire d'un avocat, et après consultation du SMR, l'Office AI Berne a confirmé le contenu de sa préorientation par décision du 28 avril 2014.

C.

Le 21 mai 2014, l'assurée, par le même représentant, a interjeté recours contre la décision précitée de l'Office AI Berne du 28 avril 2014 auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant, sous suite des frais et dépens, à son annulation et à l'octroi au minimum d'une demi-rente d'invalidité, éventuellement, au renvoi du dossier à l'intimé afin qu'il ordonne une nouvelle expertise médicale dans le cadre d'une instruction complémentaire.

Par mémoire de réponse du 26 juin 2014, l'Office AI Berne a conclu à l'admission partielle du recours, en ce sens que l'assurée a droit à une rente entière du 1^{er} novembre 2012 au 31 octobre 2013, et au rejet de ce dernier pour le surplus. Dans sa réplique du 22 août 2014, le recourant, par son mandataire, a acquiescé à l'admission partielle du recours et maintenu ses conclusions pour le reste. Le 10 septembre 2014, l'intimé a renoncé à dupliquer en maintenant les conclusions formulées dans son mémoire de réponse. Le 12 septembre 2014, le mandataire de la recourante a fait parvenir sa note d'honoraires au TA.

Par courrier du 5 février 2015, la recourante, par son représentant, a informé le Tribunal que son état de santé s'était aggravé et qu'une nouvelle demande de prestations AI avait été déposée, tout en joignant à sa missive un écrit de son médecin généraliste traitant du 27 novembre 2014 et une attestation d'hospitalisation depuis le 15 janvier 2015. Par ordonnance du 6 février 2015, la Juge instructrice a donné l'occasion à la recourante, par

son mandataire, d'étayer en quoi les faits nouveaux allégués influaient sur la procédure de recours. Le 16 février 2015, l'intéressée, par son avocat, a fait parvenir au Tribunal un rapport médical du 5 février 2015, sans autre motivation. L'intimé a pris position le 3 mars 2015. Le 6 mars 2015, le mandataire de la recourante a complété sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision du 28 avril 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette la demande de rente AI présentée par l'assurée. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et, principalement, sur l'octroi d'au moins une demi-rente d'invalidité à l'assurée et, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. La recourante fait en particulier valoir une violation de son droit d'être entendue lors de l'élaboration de l'expertise bidisciplinaire du 10 janvier 2014 et critique la valeur probante de celle-ci, l'activité adaptée supposée exigible ainsi que le revenu avec invalidité retenus par l'intimé. La recourante, tout en maintenant ses autres conclusions, ne s'est pas opposée à l'admission partielle du recours proposée par l'intimé dans sa réponse. On se trouve dès lors, devant le TA, en présence de conclusions concordantes des parties dans la mesure où elles concluent à l'annulation de la décision du 28 avril 2014 et à l'octroi d'une rente entière du 1^{er} novembre 2012 au 31 octobre 2013. Cette transaction, dans un litige portant sur des prestations d'assurances sociales (art. 50 al. 1 et 3 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]), est susceptible de rendre partiellement la cause sans objet, mais sa légalité doit auparavant être vérifiée (ATF 135 V 65 c. 2). L'objet du litige ne se trouve ainsi pas restreint par les conclusions précitées, ce d'autant plus que les conclusions de l'intimé visent désormais l'octroi rétroactif d'une rente limitée dans le temps. Même

si seule la suppression de la rente est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes pour lesquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 131 V 164 c. 2.1 et 2.2 et références).

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA, art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici, non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou

la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

2.2

2.2.1 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 141 V 281 c. 3.7.1, 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2007 IV n° 47 c. 2.4).

Dans l'ATF 141 V 281 précité (arrêt rendu le 3 juin 2015), le Tribunal fédéral (TF) a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'AI en cas de troubles somatoformes douloureux et de troubles psychosomatiques comparables.

2.2.2 Le point de départ pour l'examen d'une prétention selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que selon les art. 6 ss et en particulier 7 al. 2 LPGGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales (1^{ère} phase de l'évaluation, de nature diagnostique). Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été

diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 141 V 281 c. 2.1, 130 V 396). Les experts doivent motiver le diagnostic de trouble somatoforme persistant (F45.40 selon la Classification internationale des maladies [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis. Il faut davantage tenir compte du degré de gravité inhérent au diagnostic du trouble somatoforme douloureux: comme "plainte essentielle", il faut une "douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse" (CIM-10, chapitre V, Troubles mentaux et du comportement [F], ch. F45.4).

Par ailleurs, le diagnostic du trouble somatoforme douloureux persistant reposant sur la terminologie du système de classification médical ne conduit à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI que si le diagnostic résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification étaient réalisées (cf. art. 7 al. 2 LPGA phr. 1). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent

être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 c. 2.2).

Dans la seconde phase de l'évaluation consacrée à la preuve de l'incapacité de travail, dans son ATF 141 V 281, le TF abandonne la présomption selon laquelle les troubles psychosomatiques concernés ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (c. 3.4 et 3.5). L'ancien modèle règle/exception est remplacé par une grille d'évaluation normative et structurée. Sur la base d'un catalogue d'indicateurs, une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne doit être réalisée, en tenant compte des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail, d'une part, et du potentiel de compensation (ressources), d'autre part (c. 3.6). Cela ne change toutefois rien à la jurisprudence tirée de l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (c. 3.7). En lieu et place de l'ancien catalogue des critères (applicable aux troubles somatoformes douloureux et aux autres affections psychosomatiques comparables), il faut se référer aux indicateurs standards. Ceux-ci se répartissent dans les catégories "degré de gravité" (c. 4.3) et "cohérence" (c. 4.4) des limitations fonctionnelles. On renoncera désormais à la notion de profit primaire tiré de la maladie (c. 4.3.1.1) et à la prépondérance de la comorbidité psychiatrique (c. 4.3.1.3). La grille d'évaluation est de nature juridique (c. 5). Droit et médecine collaborent à la formulation des indicateurs aussi bien qu'à leur application concrète au cas d'espèce. Au fond, les considérations relatives aux questions de preuve et aux procédures à suivre (c. 4 et 5) pour l'évaluation de l'invalidité en cas de troubles psychosomatiques concrétisent les injonctions du législateur découlant de l'art. 7 al. 2 LPGA. La reconnaissance d'un taux d'invalidité fondant le droit à une rente ne sera admise que si, dans le cas d'espèce, les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé médicalement constatée sont établies de manière concluante et exempte de contradictions, et avec (au moins) un degré de vraisemblance prépondérante, à l'aide des indicateurs standards.

Si tel n'est pas le cas, c'est à la personne assurée de supporter les conséquences de l'absence de preuve.

2.2.3 Une nouvelle jurisprudence doit en principe être prise en considération non seulement lors de l'examen des cas futurs, mais aussi pour les cas encore pendants au moment du changement de jurisprudence (TF 9C_476/2009 du 7 décembre 2009 c. 3.3; VGE IV/15/130 du 15 juillet 2015 c. 2.3)

2.3 Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Lors de l'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité échelonnée ou limitée dans le temps, les dispositions applicables à la révision s'appliquent par analogie (ATF 109 V 125 c. 4a; VSI 1998 p. 121 c. 1b).

2.4 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les

plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans un premier grief de nature formelle, la recourante reproche à l'intimé de ne pas l'avoir invitée à poser des questions aux auteurs de l'expertise bidisciplinaire du 10 janvier 2014 pour clarifier et discuter les contradictions existantes entre leur appréciation et celles d'autres médecins et invoque en cela une violation de son droit d'être entendue (recours art. 3 let. e).

3.2 En l'espèce, conformément à la jurisprudence en la matière (ATF 139 V 349 c. 5.2.2.2, 138 V 271 c. 1.1 et 137 V 210 c. 3.4.2.7 et 3.4.2.9), l'Office AI Berne, préalablement à la décision administrative, a informé la recourante de l'organisation de l'expertise, des disciplines médicales envisagées, des noms et titres professionnels des experts, des questions qui leur étaient soumises, ainsi que de la possibilité de poser des questions complémentaires (dossier [dos.] AI doc. 33 p. 1-3). La recourante n'a pas réagi à cette sollicitation. Dans le cadre de la procédure de préorientation qui a suivi la réalisation de l'expertise bidisciplinaire, invitée par l'intimé à faire valoir ses éventuelles objections, la recourante, qui s'est adjoint les services d'un avocat, était en mesure de consulter le dossier, de prendre position sur ladite expertise et de demander que des questions complémentaires soient posées aux experts, ce qu'elle n'a pas fait. La recourante n'allègue pas que l'expertise ne figurait pas au dossier de l'intimé ou que l'accès à celui-ci lui aurait été refusé. Dans ces circonstances, on ne voit pas en quoi le comportement de l'Office AI Berne serait constitutif d'un vice de forme. Les droits de participation et d'être entendue de la recourante ont été respectés (art. 29 al. 2 de la Constitution

fédérale du 18 avril 1999 [Cst., RS 101], art. 42, 44 et 47 LPGA; ATF 132 V 368 c. 3.1).

4.

4.1 Sur le plan médical, l'intimé a essentiellement fondé sa décision sur l'expertise bidisciplinaire (orthopédique/psychiatrique) du 10 janvier 2014. La recourante estime que cette expertise n'est pas probante; elle conteste en particulier la capacité de travail résiduelle, ainsi que le type d'activités considérées comme adaptées retenus par les experts. Elle considère que cette expertise ne tient pas compte de son état de santé actuel et effectif et qu'elle est contredite par d'autres rapports médicaux au dossier.

4.2 Dans l'expertise en cause, les experts ont diagnostiqué, en tant qu'atteinte avec des répercussions sur la capacité de travail, une omarthrose débutante et une nouvelle lésion du tendon sur-épineux avec une petite "*Neobursa*" après une ténodèse arthroscopique du long biceps, ainsi que la reconstruction du sur- et sous-épineux avec une acromioplastie en novembre 2011 et une opération ouverte d'arthrolyse, ainsi qu'une réinsertion trans-osseuse des tendons sur- et sous-épineux, une acromioplastie et une résection acromio-claviculaire de l'épaule droite en janvier 2013. Sans incidence sur la capacité de travail, ils ont retenu une hernie discale C5/6 sans compression neurale et C6/7 en contact avec une racine nerveuse C7 des deux côtés, une adiposité, ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10: F45.4). Les experts, dont le pronostic est défavorable, ont retenu que la recourante disposait depuis la date de leur expertise (examens du 22 novembre 2013) d'une capacité de travail de 60% dans l'activité d'aide de cuisine. Dans une activité adaptée, à savoir dans une activité physique légère, dans des locaux tempérés, sans travail au-dessus du niveau de la table, ils ont considéré qu'une pleine capacité de travail était, depuis toujours, exigible de la recourante, ajoutant cependant que cette dernière avait présenté, dans l'ensemble, une incapacité totale de travailler de novembre 2011 à juillet 2013, soit dans les périodes de réhabilitation post-opératoire.

L'expert en orthopédie a indiqué que les douleurs à l'épaule droite et l'anormalité des résultats d'examens de cette même épaule pouvaient à tout le moins partiellement être attribuées à l'omarthrose débutante avec une nouvelle lésion du tendon sur-épineux et le développement d'une "Neobursa" après deux opérations, visibles sur l'IRM. En revanche, de son avis, les résultats de l'IRM ne pouvaient qu'insuffisamment expliquer l'ampleur manifestée par l'assurée des constats pathologiques objectifs. Il a ajouté que l'IRM ne révélant qu'un contact de la hernie discale C6/7 avec une racine nerveuse C7 des deux côtés, l'hyposensibilité de tout le bras droit invoquée à l'examen n'était pas compréhensible. Il a également constaté une coopération insuffisante de la recourante lors des examens (dos. AI doc. 45.1/6). Tout en émettant un pronostic défavorable en raison de la fixation de la recourante sur ses maux, il a préconisé un traitement médicamenteux, une physiothérapie et, subsidiairement, une injection de cortisone.

Le spécialiste en psychiatrie, quant à lui, a relevé que la recourante elle-même affirmait qu'elle se sentait en bonne santé psychique et n'avait jamais suivi de traitement sur ce plan. Il a rapporté que la recourante décrit une vie familiale harmonieuse avec son mari et ses deux enfants adultes, des occupations quotidiennes structurées (sorties avec le mari, retraité, promenades, rencontres avec des amies, visites de connaissances ou parents, télévision, séjour récent dans le pays d'origine), que le contact (par l'intermédiaire d'une interprète) s'établit facilement avec elle, qu'elle rit plusieurs fois, se montre coopérante et témoigne d'un état d'esprit serein. En dépit du syndrome douloureux dans la région de l'épaule droite, l'expert n'a décelé aucun trouble psychique ayant valeur de maladie (aucun indice de trouble de l'adaptation ou de réaction dépressive, ni de trouble de l'anxiété ou de la personnalité). Il note que la recourante se fixe un peu sur ses douleurs et tient par moment son bras droit de façon démonstrative, mais qu'elle le lâche rapidement lorsque son attention est détournée. Vu le ressenti douloureux durable et en progression, il admet l'existence d'un trouble somatoforme persistant, qui génère toutefois des douleurs que l'atteinte organique n'explique pas suffisamment et qui doivent être mises en relation avec des conflits émotionnels ou des problèmes psychosociaux. Il nie l'existence de conflits émotionnels chez la recourante et, comme

problèmes psychosociaux, il relève l'absence de travail, ce d'autant plus que l'époux est retraité. Compte tenu de ses constatations analysées à l'aune des critères de l'ancienne jurisprudence, il a estimé qu'il était exigible de la recourante qu'elle surmonte ses douleurs compte tenu des ressources dont elle dispose (résistance émotionnelle, flexibilité de l'esprit, initiative, intérêts, motivation et résistance à long terme intacts).

4.3

4.3.1 L'expertise bidisciplinaire du 10 janvier 2014 est convaincante, se fonde sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assurée et repose sur un exposé clair des faits. Les conclusions des experts, dont rien ne permet de douter des qualifications, sont détaillées, bien étayées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de l'expertise. En outre, ils ont procédé, eux-mêmes, à un examen personnel de la recourante et ont pris en compte les plaintes subjectives de cette dernière, ainsi que son anamnèse détaillée (personnelle, sociale, professionnelle et médicale).

4.3.2 L'appréciation des experts est de plus corroborée par d'autres éléments au dossier, en particulier par l'expertise du 23 décembre 2013 réalisée à la demande de l'assureur-accidents par un spécialiste en chirurgie, qui s'est adjoint les conseils d'un neurologue. Cette expertise prend en compte les avis médicaux essentiels figurant aussi au dossier AI et se base sur un examen personnel de l'assurée. Bien que l'expertise diligentée par l'assureur-accidents vise surtout à éclaircir la question de la causalité, quant aux diagnostics et à leurs répercussions, les deux expertises retiennent l'existence de troubles à l'épaule, mais aussi à la colonne cervicale, avec la présence de syndromes douloureux et concluent de façon concordante à une pleine capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. A cet égard, l'expert en chirurgie a précisé que celle-ci devait être manuelle, légère, à hauteur de table et sans sollicitation importante du bras droit, et mentionne à titre d'exemple des activités administratives ou de contrôle de production ou de qualité, de conseil ou de vente ou encore de petits montages à hauteur de table. L'expertise du 23 décembre 2013 n'indique toutefois pas depuis quand ce profil

d'exigibilité existe. Par ailleurs, le professeur, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie qui a opéré la recourante le 14 janvier 2013 a aussi déjà relevé dans son rapport du 4 juin 2013 que la recourante était en mesure d'effectuer une activité sans port de charges supérieur à un kilo et sans manipulation au-dessus du sternum/xiphœide, a priori sans limitation (dos. AI doc. 30 p. 3). Les incapacités totales de travailler qu'il a mentionnées dans ses écrits des 3 et 4 juin 2013 se limitent essentiellement à l'activité précédemment exercée d'aide de cuisine (voir dos. AI doc. 30 p. 1, 3, 4 et 5). Ce professeur reste cependant réservé en jugeant la reprise, idéalement, d'un travail à temps partiel thérapeutique dans une activité adaptée, difficilement réalisable à cause du niveau d'éducation de l'intéressée (écrit du 4 juin 2013; dos. AI doc. 30 p. 5). Cette évaluation, qui comprend des facteurs étrangers à l'avis médico-théorique que les organes de l'AI exigent du médecin (ATF 140 V 193 c. 3.2), est donc aussi conciliable avec l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle qu'estimée par les deux expertises. Va aussi dans ce sens le fait que déjà après la première intervention, le généraliste traitant la recourante avait retenu une capacité de travail théorique de 40% dans une activité adaptée (rapports des 26 avril et 4 mai 2012) en se fondant sur l'avis émis par le chef de la clinique de chirurgie orthopédique qui avait réalisé l'opération du 21 novembre 2011 (rapports des 17 et 30 avril 2012). Quand bien même cette capacité de travail partielle entre les deux interventions n'a finalement pas été confirmée par l'expertise du 10 janvier 2014, elle démontre que même dans cette phase ambiguë (suites post-opératoires sans particularités objectives, mais incertitudes quant à l'influence des plaintes liées à la colonne cervicale), la recourante pouvait se servir de son bras.

4.3.3 Les avis contraires au dossier invoqués par la recourante ne justifient pas de s'écarter des conclusions de l'expertise du 10 janvier 2014.

Dans la mesure où l'expertise du 10 janvier 2014 ne retient pas les évaluations de capacité de travail partielle dès avril 2012, entre les deux opérations, et conclut dans l'ensemble à une incapacité de travail totale de novembre 2011 à juillet 2013, elle se justifie par le fait que la capacité de travail partielle, voire thérapeutique, attestée en avril 2012, n'a pas pu être

exploitée chez l'ancien employeur et qu'elle a été remise en question par l'IRM du 15 août 2012 établissant une nouvelle rupture totale du tendon sur-épineux (voir notamment rapports du 26 septembre 2012 du professeur qui a réopéré la recourante et du 8 novembre 2012 du chef de clinique ayant effectué la première intervention). Dans ce contexte, le rapport du 3 décembre 2012 de la spécialiste en médecine physique et réadaptation du SMR, qui retenait que, sans nouvelle opération, la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité légère à hauteur de table, sans travaux au-dessus de la tête et sans perte de rendement dès le 26 septembre 2012, ne convainc guère. En effet, il a été rédigé après le constat de nouvelle rupture du tendon, alors que la spécialiste du SMR ne connaissait pas la décision de la recourante de se faire réopérer et sans examen personnel de l'intéressée. Dans la perspective de la nouvelle opération, la capacité de travail décrite de fin septembre 2012 à la date de la nouvelle opération n'a pas de sens. Du reste, la spécialiste du SMR, dans l'hypothèse d'une réintervention, prévoyait une capacité de travail entière 6 mois après l'acte chirurgical, sans capacité partielle préopératoire. Au demeurant, les experts motivent de façon crédible que la période d'incapacité totale de travailler de novembre 2011 à juillet 2013 est due aux réhabilitations post-opératoires.

Pour le surplus, l'expertise bidisciplinaire retient une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le mois d'août 2013. Le généraliste traitant conteste cette appréciation. Le 6 novembre 2013, appelé à se prononcer sur la situation de la recourante 9 mois après l'opération de janvier 2013, le médecin précité a indiqué que l'état de santé de cette dernière était stationnaire, que les possibilités thérapeutiques étaient épuisées et que l'incapacité de travail était totale. En contradiction avec ce dernier élément, il mentionnait en complément à ce même rapport que la recourante disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée, sans port de charges de plus d'un kilo, visant par exemple à sortir des pièces et à les contrôler, à raison de deux fois deux heures par jour. Le généraliste traitant ne précise par ailleurs pas en quoi les diagnostics qu'il a retenus d'une cervicalgie persistante, d'un léger syndrome sensori-moteur déficitaire par hernie discale C5/6 et C6/7 avec un rétrécissement foraminal C6 droite et C7 des deux côtés et d'une rupture du tendon sur-épineux à

droite, avec status après deux opérations, seraient susceptibles de justifier une incapacité totale de travailler ou une capacité réduite à près de 50% dans une activité adaptée, préservant l'épaule droite. Le généraliste traitant semble bien plus fonder son opinion sur des éléments subjectifs, à savoir sur les douleurs invoquées par la recourante. A ce titre, il convient de relever que dans son rapport du 4 juin 2013, le professeur qui avait procédé à la deuxième opération de l'épaule avait indiqué qu'il existait un syndrome douloureux chronique dont le corrélat anatomo-pathologique ne correspondait plus à l'ampleur des douleurs et des troubles fonctionnels. En outre, l'expert en orthopédie qui a participé à l'expertise bidisciplinaire a également constaté que l'ampleur des manifestations de l'assurée n'était pas totalement explicable sur un plan objectif. De plus, dans le volet psychiatrique de ladite expertise, l'expert a constaté que les pensées de la recourante étaient focalisées sur les douleurs à l'épaule droite et qu'elle signalait ces dernières de façon passagère et démonstrative en se tenant le bras droit, alors que dans les moments de distraction, elle relâchait ce bras et se comportait sans signes particuliers. Dans le même sens, le spécialiste en chirurgie mandaté par l'assureur-accidents a constaté dans son expertise du 23 décembre 2013, que la recourante avait pu sans difficulté utiliser son bras droit pour boutonner sa blouse, alors qu'à l'examen, cette dernière s'était plainte de douleurs permanentes dans la partie supérieure droite du corps, qui augmentaient selon elle en cas de sollicitation. Les constatations des experts (aussi bien dans l'expertise bidisciplinaire que dans celle du 23 décembre 2013), qui ont examiné personnellement l'assurée, rendent peu crédibles les allégations du médecin traitant lorsqu'il indique que la recourante n'est pas en mesure de s'habiller, de cuisiner ou de faire son ménage et qu'elle a besoin au quotidien de l'aide de son mari (voir écrit du 2 mars 2014, ainsi que les rapports de ce même médecin des 6 novembre 2013 et 31 mai 2013). A ce titre, le chef de clinique de chirurgie orthopédique, dans son rapport non signé du 8 novembre 2012, et le professeur qui a procédé à l'opération de janvier 2013, dans son rapport du 4 juin 2013, ont indiqué que la recourante n'avait pas besoin de l'aide d'un tiers pour les tâches de la vie courante. Enfin, l'expertise bidisciplinaire prend position de façon convaincante sur l'avis divergent du dernier chirurgien orthopédique consulté (dont l'opinion est partagée par une neurologue dans un rapport

du 5 septembre 2013), en expliquant pourquoi les troubles à la colonne cervicale ne pouvaient pas être à l'origine des douleurs de la recourante. Sur ce plan, il convient de relever que l'expertise du 23 décembre 2013 mentionne que les limitations physiques de la recourante sont aussi dues aux troubles de la colonne cervicale (dos. AI doc. 49.2 p. 27), mais que, malgré cela, la capacité de travail dans une activité adaptée est entière. En outre, la neurologue consultée relève aussi une tolérance pour les examens très mauvaise de la recourante et que les résultats quand même obtenus ne peuvent expliquer qu'une partie des douleurs exprimées.

4.3.4 Les rapports médicaux des 1^{er} août et 27 novembre 2014, ainsi que du 5 février 2015, dont certains indiquent une détérioration de l'état de santé de la recourante, ne peuvent influencer sur la présente procédure, ces derniers se rapportant à un état de fait postérieur à la décision attaquée. Ces faits devront faire l'objet d'une nouvelle procédure administrative (ATF 130 V 138 c. 2.1 et SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4), que la recourante a d'ailleurs introduite en déposant une nouvelle demande (voir notamment le courrier de son avocat du 5 février 2015 et le dossier correspondant de l'AI).

4.3.5 Certes, les experts mandatés par l'AI n'avaient pas à leur disposition certains rapports médicaux mentionnés notamment dans l'expertise du 23 décembre 2013, ordonnée par l'assureur-accidents (à savoir trois rapports du chirurgien orthopédique, consulté en raison des troubles cervicaux, des 22 mai, 7 juin et 8 août 2012, un rapport radiologique du 31 mai 2012 et un rapport du médecin-chef de la clinique de chirurgie orthopédique du 12 juillet 2012 [dos. AI doc. 49.2 p. 5 à 7]). Toutefois, si un tel fait est regrettable, il ne permet pas encore de conclure à l'absence de valeur probante de l'expertise bidisciplinaire en cause. En effet, les experts mandatés par l'AI ont quand même pu prendre connaissance des avis, parfois divergents, des médecins précités (à l'exception du rapport radiologique du 1^{er} mai 2012), puisque l'appréciation de ces derniers figurait dans d'autres rapports médicaux au dossier (voir notamment dos. AI doc. 9.4 p. 1 à 3, doc. 5 p. 7 et 8, doc. 23 p. 8 et doc. 40 p. 7). Au surplus, les conclusions des experts sont corroborées par celles

de l'expertise du 23 décembre 2013, qui prenait en compte les rapports manquants.

4.4 Au vu de l'ensemble de ce qui précède, une valeur probante entière peut être reconnue à l'expertise bidisciplinaire du 10 janvier 2014 (cette appréciation est par ailleurs confirmée par la spécialiste en médecine physique et réadaptation du SMR; prise de position du 27 mars 2014).

Certes, eu égard à l'époque où elles ont été élaborées, les conclusions proposées par les experts, sur le plan juridique, se réfèrent à l'ancienne jurisprudence fondée sur le modèle de la présomption. Toutefois, l'expertise mise en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perd pas d'emblée toute valeur probante et, en l'occurrence, dans le cadre de l'examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce ainsi que des griefs soulevés, il est conforme au droit fédéral de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants pour les appliquer aux nouvelles exigences (ATF 141 V 281 c. 8 et 137 V 210 c. 6). En effet, le rapport d'expertise du 10 janvier 2014, allant du reste dans le même sens que l'expertise du 23 décembre 2013 organisée par l'assureur-accidents, met l'accent sur les limitations et les ressources de la recourante dans sa vie quotidienne, de même qu'il décrit aussi en détail certaines incohérences entre les plaintes et le comportement de cette dernière. Il permet tout à fait une appréciation concluante du cas à l'aune des nouveaux indicateurs déterminants, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner une instruction complémentaire. Au niveau du diagnostic, les experts ont mis en évidence suffisamment d'éléments (durée des plaintes, croissantes, existence d'un substrat somatique partiel, deuxième lésion tendineuse après deux interventions) pouvant étayer l'admission d'un trouble somatoforme douloureux à caractère persistant, malgré certains signes d'exagération remarqués au cours des examens médicaux. Quant à l'appréciation de l'incapacité de travail, que les experts ont limitée aux seules répercussions liées au diagnostic orthopédique, elle découle aussi logiquement de leurs observations médicales et de l'anamnèse. La recourante souffre d'atteintes fonctionnelles, à l'épaule et dans la nuque, qui ont continué – ou sont réapparues – après deux interventions. Cependant, l'usage du bras blessé est encore possible pour les activités décrites par le profil médical et les

indicateurs, tels l'absence d'autres atteintes déterminantes, les ressources personnelles et le contexte social, de même que le niveau d'activité décrit dans le déroulement du quotidien ou relevé au cours de l'expertise, malgré l'absence de formation, la maîtrise insuffisante de l'allemand (langue parlée à son lieu de domicile) et l'absence de place de travail fournissent les indications nécessaires pour corroborer l'avis des experts, même sous l'empire de la grille d'évaluation préconisée par la nouvelle jurisprudence.

Il convient donc de retenir que la recourante a présenté une incapacité totale de travailler de novembre 2011 à juillet 2013 et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir, une activité légère, dans des locaux tempérés et sans travaux au-dessus du niveau de la table, dès août 2013. Dans la décision attaquée, l'Office AI Berne pour préciser le profil d'exigibilité s'est basé aussi bien sur l'expertise bidisciplinaire du 10 janvier 2014 (p. 9, en lien avec ladite décision p. 1) que sur l'expertise du 23 décembre 2013 (p. 25 et 28, en lien avec la décision p. 2). L'avis des experts ne se contredisant pas sur ce point, mais venant au contraire se compléter, il n'y a pas lieu de critiquer le profil d'exigibilité mentionné par l'intimé.

5.

Il reste à évaluer le taux d'invalidité.

5.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 129 V 222).

Pour déterminer le revenu de personne valide, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser sans atteinte à la santé, selon un degré de vraisemblance prépondérante, au moment du début potentiel du droit à la rente. Il y a lieu en règle générale de prendre pour base le dernier salaire gagné par la personne assurée, en l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 139 V 28 c. 3.3.2, 134 V 322 c. 4.1). Lors de la comparaison des revenus en vue d'évaluer le degré d'invalidité, le revenu provenant d'une activité lucrative accessoire doit être pris en compte dans le revenu réalisable sans invalidité lorsque, selon une vraisemblance prépondérante, la personne assurée, si elle était restée en bonne santé, aurait continué à toucher ce gain accessoire et cela, sans égard au temps consacré à ladite activité ni à la performance accomplie (RAMA 2003 p. 107 c. 3.2.1).

Lorsque, depuis la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou du moins plus d'activité exigible adaptée à son état, l'évaluation du revenu d'invalidité peut se fonder, selon la jurisprudence, sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 139 V 592 c. 2.3; SVR 2014 IV n° 37 c. 7.1).

5.2 Dans un premier temps, il convient de vérifier la légalité du droit à une rente entière admis par les deux parties dans leurs conclusions concordantes (c. 1.1 ci-dessus).

Le moment de la naissance d'un éventuel droit à une rente doit être établi. En l'occurrence, l'assurée a pu présenter une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable au plus tôt dès novembre 2012, selon les conclusions des experts (art. 28 al. 1 let. b LAI, voir c. 2.1 ci-dessus). Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPG. La recourante ayant déposé sa demande de prestations AI le 24 avril 2012, le droit à une rente peut donc prendre naissance à l'échéance du délai d'attente, à savoir à partir du 1^{er} novembre 2012 (art. 29 al. 3 LAI). L'année de référence pour procéder à la comparaison des revenus est donc 2012.

Compte tenu de la situation de fait et de droit, notamment de l'absence totale de capacité de travail à laquelle ont conclu, non sans raison, les experts pour l'entier de la période entre les deux opérations jusqu'en juillet 2013, de la date à partir de laquelle au plus tôt un droit à une rente pourrait naître et de l'art. 88a al. 1 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201; amélioration à prendre en compte lorsqu'elle a duré trois mois), rien ne s'oppose à ce qu'il soit donné suite aux conclusions concordantes des parties visant l'octroi d'une rente entière du 1^{er} novembre 2012 au 31 octobre 2013 (voir c. 1.1, 2.1, et 4.3.3 ci-dessus). L'incapacité de travail pendant ce laps de temps était entière, il n'y a pas lieu de procéder à une comparaison formelle de revenus. Dans cette mesure, la cause, ainsi devenue sans objet, peut être rayée du rôle du Tribunal (art. 39 LPJA).

5.3 Pour le surplus, à savoir pour la période courant dès le 1^{er} novembre 2013, l'intimé est arrivé à un taux d'invalidité de 9%, en se fondant sur un revenu annuel hypothétique de Fr. 50'599.-, fixé sur la base des salaires effectivement perçus par la recourante, et sur un revenu d'invalidité de Fr. 45'829.-, basé sur les chiffres émanant de l'ESS et prenant en compte un abattement de 15% en raison du handicap.

La recourante conteste le salaire avec invalidité retenu, en relevant que ce dernier se base sur des faits et des documents qui ne figurent pas au dossier officiel et dont le contrôle échappe aussi bien à elle qu'au Tribunal. En outre, elle estime que le salaire retenu a été mal pondéré, en particulier, celui-ci ne prend pas en compte son âge (elle indique se trouver à quatre, voire à cinq ans de la retraite), ni le fait que ses performances sont clairement en dessous de ce que l'on pourrait attendre dans le milieu de l'économie libre.

5.4 L'intimé s'est à raison basé sur les revenus effectivement perçus par l'assurée, dans son activité principale d'aide de cuisine et dans son activité accessoire de femme de ménage, pour déterminer le revenu sans invalidité. Bien que, dans le questionnaire du 12 juin 2012, l'ancien employeur ait indiqué que le contrat de travail a été résilié pour des questions d'organisation, on peut retenir selon une vraisemblance prépondérante que la recourante, sans ses problèmes de santé, aurait

continué à percevoir ces revenus (ATF 139 V 28 c. 3.3.2; TF 9C_740/2013 du 13 mars 2014 c. 4.2 a contrario). En outre, les conditions permettant de prendre en considération le revenu accessoire sont remplies (voir c. 5.1 ci-dessus). On doit cependant préciser que pour cette partie du calcul, vu le motif de révision découlant des conclusions concordantes, qui est intervenu en 2013, l'année de référence n'est plus 2012 mais 2013 (c. 5.1 ci-dessus; ATF 129 V 222). En tenant compte des activités cumulées, la recourante a perçu en 2010 un revenu de Fr. 53'118.- (dos. AI doc. 11 et 15), ce qui correspond à un revenu sans invalidité, indexé à 2013 (Indice suisse des salaires nominaux, Table 1.93, femmes, valeur "Total" en 2010: 127.4 et en 2013: 130.8), de Fr. 54'536.-.

5.5 Concernant le revenu d'invalidité, l'intimé s'est, à bon droit, fondé sur l'ESS (voir c. 5.1 ci-dessus) et la recourante ne peut être suivie lorsqu'elle allègue ne pas avoir été en mesure de contrôler le montant retenu par l'intimé; l'ESS (à laquelle il est fait référence dans la décision attaquée) et les autres tables nécessaires au calcul dudit revenu étant consultables sur le site internet de l'OFS (www.bfs.admin.ch). C'est également à juste titre que l'intimé a fondé la comparaison de revenus sur l'hypothèse d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée et non sur celle d'une capacité de travail limitée à 60% dans l'activité d'aide de cuisine. En effet, sous l'angle du droit de l'AI, il est exigible de la recourante qu'elle mette tout en œuvre pour trouver une activité adaptée à ses handicaps lui permettant de mieux mettre à profit sa capacité de travail résiduelle que son ancien emploi. Cela étant, l'intimé, qui se réfère à l'ESS 2012, mentionne à tort le niveau 4, ce dernier correspondant dans la nouvelle ESS révisée au niveau de compétence le plus élevé, alors qu'il convient en l'espèce d'avoir recours au niveau de compétence le plus bas, soit dans l'ESS 2012, au niveau 1 (lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014 publiée par l'OFAS). Le montant du revenu annuel est donc de Fr. 49'344.- (TA1, total, femmes, niveau 1, Fr. 4'112.- par mois 12 fois l'an). Indexé à 2013, le revenu annuel est de Fr. 50'661.- (Table T1.93, femmes, valeur "Total": voir ci-dessus). Ce résultat doit encore être adapté au temps de travail usuel en 2013, soit 41,7 heures (ATF 126 V 75 c. 3b/bb), ce qui correspond à un salaire hypothétique d'invalidité de Fr. 52'814.- (Fr. 50'661.- x 41,7 / 40). En retranchant à ce montant l'abattement de 15% retenu par

l'Office AI Berne, le revenu d'invalidé est de Fr. 44'892.-, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 18%, insuffisant pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité à la recourante (voir c. 2.1 ci-dessus). L'usage de l'ESS 2010, indexé à 2013, conduit également à un degré d'invalidité inférieur à 40% (TA1, 2010, total, femmes, niveau 4, Fr. 4'225.- x 12 x 130.8 / 127.4 [selon T1.93] x 41,7 / 40 = Fr. 54'265.-, diminué d'un abattement de 15% = Fr. 46'125.-, correspondant à un degré d'invalidité de 15%).

Dans la décision attaquée, l'intimé motive un abattement de 15% par la limitation liée au handicap, sans mentionner l'âge de la recourante, mais précise dans son mémoire de réponse que ce dernier critère ne justifie pas l'octroi d'un abattement supplémentaire. Avec la précision apportée dans son mémoire de réponse, l'intimé n'a méconnu aucun des éléments à prendre en compte dans la déduction (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2011 IV n° 31 c. 4.1.1). En retenant un tel abattement, l'intimé n'a à tout le moins pas outrepassé son pouvoir d'appréciation. Au demeurant, même un abattement maximum de 25% (ibidem) sur le revenu d'invalidé, ne déboucherait pas sur l'octroi d'une rente (degré d'invalidité de 27%, inférieur au degré minimum de 40% requis par l'art. 28 LAI; perte de gain de Fr. 14'926.- résultant de la comparaison de Fr. 54'536.- avec Fr. 39'610.-, à savoir Fr. 52'814.- diminués de 25%).

5.6

5.6.1 Invoquant son âge et son handicap (droitière, se plaignant régulièrement de douleurs à l'épaule droite), la recourante considère qu'elle ne pourra pas trouver d'employeur prêt à l'engager dans une fonction qu'elle n'aurait jamais exercée.

5.6.2 Une absence d'activité lucrative pour des motifs étrangers à l'invalidité (tels qu'un âge avancé, un manque de formation ou des difficultés linguistiques) ne saurait justifier un droit à une rente. Ce dernier est en effet conditionné par l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé (ATF 107 V 17 c. 2c; VSI 1999 p. 246 c. 1). L'âge avancé, même s'il consiste en un facteur étranger à l'AI, est considéré comme un élément qui, associé à d'autres considérations personnelles et professionnelles, peut conduire à ce que la capacité de gain encore

reconnue à une personne assurée ne soit réellement plus recherchée sur un marché du travail équilibré et à ce que sa mise à profit ne soit dès lors plus exigible de cette personne, même en vertu de son obligation de se réadapter personnellement. L'absence d'une capacité résiduelle de gain exploitable du point de vue économique conduit à une incapacité de gain totale fondant un droit à une rente entière d'invalidité. L'incidence de l'âge sur la possibilité d'exploiter la capacité de travail résiduelle sur un marché du travail équilibré ne peut pas être mesurée de manière générale, mais dépend des circonstances concrètes. Peuvent être à cet égard déterminants, la nature de l'atteinte à la santé et ses conséquences, le temps nécessaire à la reconversion et à l'adaptation de la personne assurée dans une nouvelle activité et, dans ce contexte également, la structure de sa personnalité, ses talents et aptitudes, sa formation, son parcours professionnel ou la possibilité de mettre en pratique l'expérience professionnelle acquise dans le domaine d'origine (ATF 138 V 457 c. 3.1). La possibilité d'exploiter une capacité résiduelle de travail sur un marché du travail équilibré dépend principalement du temps restant encore à disposition de l'assuré pour exercer une activité professionnelle et, avant tout également, pour procéder à un éventuel changement de profession. Le moment déterminant auquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 c. 3.3).

5.6.3 En l'occurrence, une capacité de travail totale dans une activité adaptée a pu être constatée, de manière fiable, au plus tard lorsque les experts ont rédigé l'expertise bidisciplinaire de janvier 2014. La recourante avait alors 58 ans et n'avait donc pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (voir arrêts TF 9C_52/2014 du 28 mai 2014 c. 3, 9C_918/2008 du 28 mai 2009 c. 4.2.2, 9C_437/2008 du 19 mai 2009 c. 4 et I 819/04 du 27 mai 2005 c. 2.2, confirmés dans l'arrêt TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 c. 4.3). En outre, les limitations

fonctionnelles de la recourante (à l'époque et en tout cas jusqu'à la date déterminante de la décision attaquée) ne permettent pas de penser qu'il aurait été inexigible de sa part de retrouver un travail. A l'instar de l'intimé, il convient d'admettre avec une vraisemblance prépondérante, qu'un marché équilibré du travail est à même d'offrir à la recourante des emplois légers, adaptés (à savoir limités à des tâches simples au niveau de la table) et correspondant au profil défini par les experts. La capacité de travail résiduelle qui lui est reconnue pour la période en cause n'est pas entravée économiquement de façon déterminante par des raisons inhérentes à l'âge.

5.7 Vu l'ensemble de ces éléments, l'Office AI Berne a retenu à juste titre que la recourante n'avait plus droit à une rente dès le mois de novembre 2013, l'amélioration durable de la capacité de gain étant attestée dès le mois d'août 2013 (art. 88a al. 1 RAI).

6.

Par soucis de complétude, il faut préciser que l'intimé était en l'espèce fondé à rendre une décision sur le droit à une rente d'invalidité, pour la période courant dès août 2013, sans examiner plus avant le droit à de nouvelles mesures professionnelles et cela en dépit de l'avis notamment du médecin généraliste qui recommandait le recours à de telles mesures (voir en particulier le courrier dudit médecin du 2 mars 2014). Selon le principe voulant qu'aucune rente ne peut être octroyée avant que les mesures de réadaptation n'aient été suivies (art. 29 al. 2 LAI; ATF 126 V 41 c. 5 avec références citées), l'administration peut statuer sur le droit à la rente, si ce dernier ne peut plus être influencé par d'éventuelles mesures professionnelles à venir, ainsi notamment lorsque le degré d'invalidité retenu n'ouvre de toute façon pas le droit à une rente (TF I 428/04 du 7 juin 2006 c. 5.2.2, I 151/05 du 9 août 2005 c. 1.1). Or, tel est bien le résultat auquel est parvenu l'intimé au cas d'espèce, puisque le degré d'invalidité de la recourante se situe largement en dessous du seuil donnant droit à une rente. Par communication du 14 septembre 2012, l'intimé avait constaté qu'en l'état, aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était possible. Cet avis résultait de l'entretien sans issue qui avait été organisé le

7 mai 2012, en présence aussi de l'époux de la recourante (voir "Protokoll per 26.06.2014") joint à la réponse de la même date. La recourante n'a jamais allégué que la situation avait changé depuis la communication de septembre 2012 et qu'elle était désormais intéressée à des mesures de réadaptation. Si elle veut entreprendre de telles mesures, il lui incombe de déposer une demande dans ce sens.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, le recours de l'assurée dirigé contre la décision rendue le 28 avril 2014 par l'Office AI Berne est devenu sans objet dans la mesure des conclusions concordantes (voir c. 1.1 et 5.2 ci-dessus) et doit être rejeté pour le surplus.

7.2 La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, qui doivent en l'occurrence être fixés à Fr. 700.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

Vu que la perte d'objet résulte d'un acquiescement partiel de l'intimé, il convient de répartir les frais par Fr. 140.- à la charge de l'intimé et par Fr. 560.- à la charge de la recourante, qui succombe pour le surplus (art. 69 al. 1^{bis} LAI, 108 al. 1 et 2 et 110 al. 1 LPJA; JAB 2009 p. 186 c. 4).

7.3 La recourante, obtenant ainsi partiellement gain de cause et étant représentée en procédure par un mandataire professionnel, a droit à une participation à ses dépens sans égard à la valeur litigieuse et d'après l'importance et la complexité de la cause (art. 61 let. g LPG). En l'occurrence, l'indemnité de dépens, dans la mesure du gain de cause de la recourante, compte tenu de la note d'honoraires du 12 septembre 2014, complétée le 6 mars 2015, qui ne prête pas à discussion, peut être fixée à Fr. 657.30 (à savoir un cinquième de Fr. 3'286.65, montant comprenant Fr. 2'970.- d'honoraires, Fr. 73.20 de débours et Fr. 243.45 de TVA). Cette indemnité doit être supportée par l'Office AI Berne.

Par ces motifs:

1. Il est pris acte et donné droit aux conclusions concordantes des parties aux termes desquelles la décision attaquée doit être partiellement annulée en ce qu'elle refuse une rente du 1^{er} novembre 2012 au 31 octobre 2013 et que pour cette période, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité.
2. Il est constaté que la cause est, dans cette mesure, devenue sans objet; pour le surplus, le recours est rejeté.
3. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à raison de Fr. 560.- à la charge de la recourante et prélevés sur son avance, dont le solde, à raison de Fr. 140.-, lui sera restitué lorsque le présent jugement sera entré en force. Le surplus des frais de procédure est mis à la charge de l'Office AI Berne, par Fr. 140.-.
4. L'Office AI Berne versera à la recourante la somme de Fr. 657.30 (débours et TVA compris), au titre de participation à ses dépens pour la procédure judiciaire.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à [...],
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).